

Financiering van ziekenhuizen en het arenamodel

door P. DEGADT en G. VAN HERCK



Peter Degadt
Algemeen Directeur, A.Z. Sint-Lucas,
Gent



Gustaaf Van Herck
KULeuven, Departement Toegepaste
Economische Wetenschappen,
Leuven

ABSTRACT

Ziekenhuizen zouden zo goed mogelijk de gezondheidsdoelstellingen van de overheid moeten realiseren. Ze staan daarbij voor grote uitdagingen die organisatorisch aanleiding geven tot herstructureren.

Sinds 1 juli 2002 is er bovendien een nieuwe regelgeving aangaande ziekenhuisfinanciering van toepassing. Deze regelgeving bestendigt het zogenaamde conflict- of arenamodel waarbij de lokale actoren in het ziekenhuis zelf het probleem van structurele onderfinanciering moeten oplossen.

In dit artikel wordt de stelling verdedigd dat deze regelgeving deugdelijk bestuur van ziekenhuizen bemoeilijkt en worden enkele voorstellen gedaan om de arena te verlaten en alle energie te besteden aan de zorg voor de patiënt.

I. INLEIDING

Ziekenhuizen zijn organisaties die vooral goede zorg moeten nastreven. Reeds jaren hebben besparingen van de overheid er echter toe geleid dat één der grootste bekommernissen van het beheer van de ziekenhuizen erin bestaat financieel gezond te blijven of te worden.

Hét kenmerk van de financiering van de ziekenhuizen is het duale karakter waarbij een deel van de middelen komt uit een budget dat de overheid toekent en een andere geldstroom gevormd wordt door een deel der honoraria die de artsen afstaan aan het ziekenhuis. Omdat de overheid steeds minder middelen verstrekt voor de financiering van de zorg leidt het akkoord omtrent de tweede geldstroom steeds meer tot conflicten tussen de artsen en het beheer zodat sommigen spreken van een conflict- of arenamodel.

Deze beperkte financiering staat tegenover steeds groter wordende uitdagingen waarmee ziekenhuizen geconfronteerd worden. Enkele van deze uitdagingen zijn de nieuwe ziektebeelden, nieuwe technologieën en zelfs het nieuwe type patiënt. Er zijn ook de maatschappelijke onderwaardering en de grotere aandacht voor ethische problemen. In een eerste punt worden deze uitdagingen beschreven en worden de organisatorische aanpassingen geschetst om hieraan het hoofd te bieden.

Niet alleen vormt deze spanning tussen middelen en nieuwe ontwikkelingen een uitdaging zoals voor de meeste ondernemingen, ziekenhuizen moeten daarenboven hun belangrijke rol vervullen in een zeer gereguleerde omgeving. In punt twee wordt geargumenteed dat deze regelgeving deugdelijk bestuur belemmert omwille van onder meer gebrek aan transparantie, gebrek aan duidelijke doelstellingen en zelfs het ontbreken van gelijkheid. De nieuwe ziekenhuisfinanciering sinds 1 juli 2002 wordt daarbij als toetssteen genomen.

In een laatste punt wordt dan ook gepleit om tabula rasa te maken en een totaal nieuwe ziekenhuisfinanciering uit te werken gebaseerd op enkele principes zoals een “all-in” prijs, een cost-plus prijszettingmethode en een eenheidsstatuut voor de ziekenhuizen.

II. DE NIEUWE ZIEKENHUISORGANISATIE

De gezondheidszorg staat voor grote uitdagingen. Het is een maatschappelijke verplichting van alle ziekenhuismedewerkers om hier op in te spelen. Deze uitdagingen slaan zowel op nieuwe ontwikkelingen zoals

nieuwe ziektebeelden, aangepaste technologie en zelfs een nieuw type patiënt als op maatschappelijke tendensen zoals onderwaardering van de zorgverstrekkers en meer aandacht voor ethische aspecten van de zorg.

A. Uitdaging 1: nieuwe ziektes of pathologieverschuivingen

De demografische prognoses kondigen een verouderende bevolking aan. De na-oorlogse baby-boom wordt een opa-boom en de oma's en opa's leven langer. Zestig-plussers hebben 3 maal meer kans op een ziekenhuisopname en recupereren gemiddeld trager. Ook evoluties op het vlak van leefgewoonten, werksituaties, voeding, therapieresistentie, preventie enz.. zullen hun invloed laten gelden.

B. Uitdaging 2: een nieuwe ziekenhuisgeneeskunde

De medische technologie levert nog meer bewijs van zijn mogelijkheden. Er zijn toenemende technische mogelijkheden voor correcte diagnosestelling, bijkomende technieken voor accurate behandeling. Het medisch handelen is in het algemeen complexer, gericht (farmaca), minder invasief (heelkunde). Voor de patiënt kan het in het algemeen met minder pijn, meer comfort en sneller ontslag uit het ziekenhuis. Tegenover toenemende behoeften en technische mogelijkheden staat een budget dat onder controle moet blijven.

De huidige geneeskunde evolueert misschien minder spectaculair dan bij de uitvinding van de penicilline of de eerste harttransplantatie. Er doen zich toch een aantal belangrijke verschuivingen voor. Er is een verschuiving van klassieke hospitalisatie naar dagbehandeling en poliklinische zorg. Men stelt een nog toenemende verkorting van de verblijfsduur vast met een hogere intensivering van de zorg tot gevolg. De gespecialiseerde zorgprogramma's richten zich tot deelgroepen van patiënten en vergen doorgedreven subspecialisatie voor de artsen. Om kwaliteit te bieden is een "kritische massa" aan patiëntendoorstroming vereist voor elk subspecialisme.

Het geheel is uiteraard ook duurder: er steekt research achter, massieve investeringen en steeds kortere afschrijvingstermijnen.

C. Uitdaging 3: een nieuw type patiënt

Gezondheidszorginstellingen worden ook geconfronteerd met een toenemende druk vanuit de samenleving. De verwachtingen omtrent

kennen en kunnen van het medisch korps zijn hooggespannen. De zorgrelatie wordt juridisch geformaliseerd. De rechten van de patiënt zijn intussen bij wet vastgelegd. Patiënten hebben een groeiende behoefte aan informatie over hun ziekte en de behandelingsvormen. Omgaan met klachten wordt een belangrijke opdracht. De patiënt verwacht meer en meer een resultaatverbintenis. De geneesheren zullen hier mee moeten rekening houden en worden geconfronteerd met een spanningsveld tussen een toenemend consumentisme en medisch kunnen enerzijds, en de besparende overheid anderzijds. De zorg wordt steeds meer een patiëntgeoriënteerde zorg.

Deze evolutie oefent druk uit om systematisch de kwaliteit van de verstrekte zorg te verbeteren. Zorgmanagers doen hun intrede. Het wordt een noodzaak voor ziekenhuizen om naar buiten te treden met de geboden kwaliteit. En het wordt niet ondenkbaar dat zorgverzekeraars kwaliteitsnormen zullen opleggen voor de door hen terugbetaalde zorg.

D. Uitdaging 4: onderwaardering van gezondheidswerkers

Er is vandaag acute schaarste aan verpleegkundigen. Dank zij syndicale acties (“de witte woede”) is een ernstige inspanning geleverd naar de verloning toe. Toch vormt de aantrekking van gemotiveerde zorgverstrekkers voor vele ziekenhuizen een groot probleem. Er is een concurrentie gaande om het verpleegkundig kader gepast in te vullen. Bovendien blijft er de continue zorg van de directie om werknemers na meerdere jaren dienst gemotiveerd te houden. Ook de media die ziekenhuizen soms betitelen als oorden waar misbruiken zijn dragen bij tot het gevoel van onvoldoende erkenning voor het zorgberoep.

E. Uitdaging 5: ethische vragen

De ethische vragen stellen zich meer en meer. Dit zijn vragen omtrent het recht op menswaardig sterven, recht om te weten of niet te weten enz....De grotere multidisciplinariteit van de zorg zal ook leiden tot discussies met een ethische grondslag.. Ook de schaarste aan middelen kan tot ethische knelpunten aanleiding geven of tot beslissingen met ethische gevolgen zonder discussies.

Deze evoluties raken het hart van de ziekenhuisorganisatie. Ziekenhuizen denken na over hoe ze die nieuwe uitdagingen kunnen

aangaan. De toegenomen zorgvraag, de toegenomen mogelijkheden, de budgettaire druk, de complexiteit van de behandelingen, de noodzaak van subspecialisatie, de juridisering en de bijzonder moeilijke opgave om bekwame en gemotiveerde medewerkers aan te trekken, en de ethische vragen leiden tot het hertekenen van de traditionele ziekenhuisorganisatie en dit op drie niveaus: (1) organisatiestructuren, (2) governance modellen en (3) geografische taak (her)verdeling.

1. Organisatiestructuren

De traditionele organisatiestructuur van de ziekenhuizen is historisch gegroeid vanuit de verschillende professies. Zo is er de departementale structuur –die trouwens in de wet staat ingeschreven– met het medisch departement, het verpleegkundig departement, het administratief departement, de technische en logistieke diensten. Het is de functionele organisatiestructuur, de weergave van de functies die de professionals uitoefenen. Elke vakgroep, elk specialisme “doet zijn ding”, organiseert zichzelf. De structuur is aanbodgericht, en niet vraaggestuurd.

Onder invloed van bovengeschetste evoluties is deze aanpak niet langer houdbaar. De multidisciplinaire, probleemgerichte benadering van de patiënt moet in de structuur ingebakken worden. De patiënt, met zijn medisch en zorgprobleem, moet als uitgangspunt genomen worden. Zo kan men een *proces* uittekenen dat de beste waarborgen biedt (“evidence based”) om een zorgpad tot een goed einde te brengen. Als men met deze bril kijkt naar ziekenhuisorganisaties zal men structuren kunnen ontwerpen rond patiëntenprogramma’s, en zullen de klassieke diensten op een andere manier tegenover mekaar gepositioneerd worden.

Deze trend is internationaal, en ook in België begeven meerdere ziekenhuizen zich op het herstructureringspad, zeg maar het “kantelen van de organisatie”.

2. Governance modellen

De overheid investeert 14,8 miljard euro in de gezondheidszorg en put hiervoor uit middelen die opgebracht worden door maatschappelijke solidariteit. Ziekenhuizen zijn een belangrijke schakel in het totaal netwerk van voorzieningen voor gezondheidszorg. De omzet van een ziekenhuis met 300 bedden kan gemakkelijk 45 miljoen euro bedragen. Dergelijk ziekenhuis stelt gemiddeld meer dan 50 artsen en 480 voltijdse werknemers tewerk. Regionale ziekenhuizen behoren dikwijls tot de grootste werkgevers van de streek.

De vraag of ziekenhuizen goed bestuurd worden is dus uiterst relevant. Het beheer van ziekenhuizen moet zich kunnen verantwoorden naar de samenleving toe, en naar de eigen “stakeholders”. Er werden dan ook voorstellen voor “hospital governance” uitgewerkt.

In het voorstel van Van Hulle, Eeckloo, Van Herck en Vleugels (2000) krijgen de algemene vergadering, de raad van bestuur en de medische raad elk een afgeleide opdracht toegewezen. Bovendien wordt een nieuw orgaan opgericht, de Executieve, dat de operationele doelstellingen realiseert in een participatief verband tussen artsen, verpleegkundigen en ondersteunende diensten. De algemene vergadering legt de band tussen de maatschappelijke doelstellingen en de missie, en strategie van het ziekenhuis. De raad van bestuur is een onafhankelijk orgaan dat toezicht uitoefent en definitief beslist als er betwistingen zijn op niveau van de Executieve.

Cruciaal in dit model is de beheersovereenkomst, dat een strategisch beleidsplan bevat waarin de operationele doelstellingen worden geformuleerd met ijkpunten waarop de leiding wordt geëvalueerd (zie Van Herck (2000)). De ziekenhuisorganisaties proberen dus de kwaliteit van de besluitvorming te verhogen, de maatschappelijke legitimering te verstevigen, de betrokkenheid te realiseren en de verantwoordelijkheid van alle actoren helder te maken.

3. Regionale taak (her)verdeling

De geschetste evoluties hebben ook hun weerslag op de geografische spreiding van het medisch aanbod van de ziekenhuizen. Patiëntenzorg wordt meer en meer georganiseerd in een netwerk van zorgvoorzieningen. Er is een tendens naar geïntegreerde transmurale zorg.

De kostprijs van de medisch uitrusting, de toenemende trend tot subspecialisatie en schaarste aan sommige professionals brengen artsen en ziekenhuizen tot bredere samenwerkingsverbanden en fusies.

Zorgaanbieders beogen een hogere marktpenetratie van programma's die zich tot kleinere patiëntengroepen richten, en schaalvoordelen voor ondersteunende diensten (zoals labo, medische beeldvorming, informatica).

Ziekenhuizen proberen op regionaal vlak tot afspraken te komen.

Ook vanuit de overheid wil men komen tot een nog meer doorgedreven regionale spreiding van de onderscheiden zorgprogramma's (cf. de idee van zorgregio's)

III. SPANNING TUSSEN REGELGEVING EN GOED BESTUUR

De overheid mag verwachten dat de ziekenhuizen als intermediaire organisaties de gezondheidsdoelstellingen helpen realiseren. Ziekenhuizen moeten hun organisatiestructuur, hun bestuursvorm, de regionale spreiding van medische programma's aanpassen aan wijzigende behoeften, aan technische evoluties en nieuwe verwachtingen vanuit de samenleving. Ze moeten kwaliteit leveren, en doelgericht werken om de overheidsmiddelen efficiënt te besteden.

Het is onze stelling dat ziekenhuizen niet in staat worden gesteld als performante organisaties op te treden. Om op ziekenhuisniveau beleidsmatig te sturen zijn er enkele fundamentele problemen.

A. *Probleem 1: duale financiering*

De ziekenhuiswet mag dan enkele mooie passages bevatten over het geïntegreerd ziekenhuis, feit is dat de financieringsstromen tussen artsen en ziekenhuis gescheiden lopen. Artsen moeten naast geneeskunde bedrijven ook zorgen voor hun eigen individueel inkomen. Ze hangen hiervoor af van de nomenclatuur die ze zelf genereren. De overgang van aanbodgerichte naar vraaggestuurde ziekenhuisorganisatie vergt samenwerking tussen artsen. Associaties tussen artsen rond medische programma's kunnen plotse inkomensschommelingen veroorzaken. De onzekerheid is groot, en gesprekken lopen niet spaak bij gebrek aan vakkennis, ze springen af bij de boekhoudproblemen!

Ook fusies van ziekenhuizen of samenwerking rond gespecialiseerde programma's creëren inkomensonzekerheid bij artsen. Remmingen en blokkeringen vanuit het medisch korps zijn misschien kortzichtig, maar enigszins begrijpelijk.

B. *Probleem 2: structurele onderfinanciering*

Het budget van de ziekenhuizen wordt geacht de kosten te dekken voor hotel en verzorging. De werkelijkheid is dat deze kosten niet gedekt worden. Het totaal tekort voor alle ziekenhuizen wordt door de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorziening geraamd op 400 miljoen euro.

Eerder dan de kloof te dichten bevat de nieuwe ziekenhuisfinanciering sinds 1 juli 2002 nog nieuwe besparingen (het dagziekenhuisbudget

wordt verminderd met 8 miljoen euro, de financiering van de spoedgavallendienst wordt verminderd met 8 miljoen euro en voor klinische biologie en medische beeldvorming is er een besparing van 87 miljoen euro). Willen ziekenhuizen toch financieel rondkomen dan moeten ze onderhandelen met de artsen, die een (groter) deel van hun eigen honoraria moeten afstaan om het deficit op het budget verpleegdagprijs te compenseren.

Een beleid voeren volgens *good governance* principes is onmogelijk. Men vraagt artsen als professionals een middellange termijnvisie te ontwikkelen, men wil een beheersovereenkomst opmaken, men wil meetbare doelstellingen, maar elke visie, elk idee, elke verandering kan het inkomen van elke individuele arts ernstig beïnvloeden. De raad van bestuur kan geen neutrale scheidsrechter zijn zoals in het governance model. De raad van bestuur is betrokken partij en moet onderhandelen met de artsen als tegenpartij.

C. Probleem 3: gebrek aan heldere doelstellingen

Deugdelijk bestuur van ziekenhuizen veronderstelt beleidssturing in functie van heldere doelstellingen.

Ziekenhuizen krijgen verschillende instructies van verschillende overheden.: Vlaamse overheid, Federale overheid, Volksgezondheid en RIZIV (en dan vergeet men nog de mutualiteiten die een quasi-overheidsbevoegdheid uitoefenen). Zolang een ziekenhuis gezien wordt als een aanbodgerichte structuur, een platform waar medische prestaties worden verricht, is er geen probleem. De ene overheid betaalt de artsen, de andere hotel en verzorging, en de derde houdt zich bezig met gebouwen, erkenning en regionale spreiding.

Zolang er voldoende financiële middelen zijn zal niemand deze bevoegdheidsopsplitsing echt storend vinden.

Bij gebrek aan voldoende middelen wordt het proces best door één overheid gevolgd.

De overheid zou er goed aan doen zijn rol duidelijker af te bakenen: welke zijn de gezondheidsdoelstellingen? Waar wil men staan binnen vijf jaar? Hoe wil men de doelen realiseren? Wat is de taak van de overheid zelf? Waar ligt de autonomie van de instelling? Hoe wordt de kwaliteit gemeten? Welke financiering leidt tot goede zorg?

Het verwoorden van heldere expliciete doelstellingen is een voorwaarde voor rechtszekerheid.

D. Probleem 4: gebrek aan transparante regelgeving

De overheid mag van ziekenhuismanagers verwachten dat ze over een redelijk begripsvermogen beschikken. Omgekeerd mogen ziekenhuisbeheerders verwachten dat de regels begrijpbaar zijn, duidelijk zijn, consistent zijn, en gebaseerd op objectieve criteria. De oude verpleegdagprijs-regelgeving was niet transparant. De nieuwe is het evenmin (zie Degadt en Van Herck (2002)).

Het geeft niet alleen intellectuele frustraties niet te weten waarom men een budget krijgt toegekend en waarom niet. Het levert ook een beleidsstuurloosheid op. Als er jaren inspanningen geleverd worden aan betere registratie, aan een kortere verblijfsduur, en moeizaam een gedragsverandering bereikt wordt, dan is het logisch dat de overheid het ziekenhuis financieel beloont. Als het ziekenhuis zich toespitst op zware pathologieën, en medische teams van topniveau uitbouwt wordt het budget voor sommige ziekenhuizen verminderd. Als een Zorgstrategisch Plan uitgevoerd wordt zoals de Vlaamse overheid het wil blijkt dat het fusiebudget met honderdduizenden euro gereduceerd wordt. Alsof door het samenvoegen van twee budgetten tengevolge van de fusie het patiëntenprofiel en de behoeften zouden wijzigen. De kostenreductie gepaard gaande met samenwerking kan meestal maar na 5 tot 10 jaren gerealiseerd worden zodat fuserende ziekenhuizen gedurende een overgangperiode ernstige financiële moeilijkheden ondervinden.

Good hospital governance veronderstelt dus transparante regelgeving, en een logische band tussen doelstelling en regel. Het is de doelstelling die de regel zijn betekenis geeft.

Met betrekking tot het overheidshandelen kan men vragen stellen naar de maatschappelijke legitimering. Men mag verwachten dat het spel van de democratische controle zorgt voor legitimatie. Toch kan men zich afvragen of de volgende vragen over ziekenhuiszorg en -financiering voldoende werden behandeld:

- geeft de nieuwe ziekenhuisfinanciering gepaste prikkels om tot goede zorg te komen?
- gaan er voldoende middelen naar de ziekenhuizen zodat ze financieel gezond blijven of worden?
- is er een maatschappelijke verantwoording dat de patiënt zelf 10% meer moet betalen?
- worden er bewust maatschappelijke keuzen gemaakt in de zorg of wordt het selectieprobleem verschoven naar individuele ziekenhuizen?

- wil de bevolking de grotere sociale kost door meer daghospitalisatie?
- is het verantwoord dat financiering meer en meer de medische vrijheid onder druk zet?

Patiënten en alle ziekenhuismedewerkers vragen zich af of er geen ruim maatschappelijk debat nodig is over de zorg om tot echte legitimatie te komen?

E. Probleem 5: gebrek aan gelijkheid

Ziekenhuizen vragen aan de overheid een kwalitatief product te mogen afleveren, tegen een gelijke prijs. Het is niet eerlijk tegenover de patiënten, niet fair tegenover de initiatiefnemers, voor hetzelfde product een verschillende subsidiëring toe te kennen. De communautaire scheeftrekkingen zijn bekend. Het Verbond van Verzorgingsinstellingen berekende in 2001 dat er 290 miljoen euro minder zou worden uitgegeven in Brussel en Wallonië indien de gemiddelde Vlaamse kost als uitgangspunt zou worden genomen. De nieuwe financieringsregeling verscherpt de communautaire scheeftrekking en veroorzaakt een bijkomende tranfert van 6 miljoen euro naar de Brusselse ziekenhuizen. Op die manier leveren volgens een VVI-enquête de Vlaamse VVI-ziekenhuizen 11,7 miljoen euro in (doelbudget), en voor 2002/2003 reeds 3,5 miljoen euro.

Een andere ongelijkheid, namelijk tussen de private en publieke sector, wordt eveneens verscherpt. In de totale budgetevolutie stijgen de private Vlaamse ziekenhuizen 1,59% en de publieke met 5,46%. Hoe kan een algemeen ziekenhuis met vzw-statuuat een goed en correct bestuur voeren als artsen moeten bijdragen in de deficits en als openbare ziekenhuizen deficits – minstens gedeeltelijk – kunnen doorschuiven naar de gemeentelijke overheid.

IV. KRACHTLIJNEN VOOR EEN ALTERNATIEF ZIEKENHUISFINANCIERINGSSYSTEEM

Er wordt gepleit om tabula rasa te maken, en een totaal nieuw ziekenhuisfinancieringssysteem uit te werken. Goed ziekenhuisbestuur met als doel goede zorg te continueren vereist een duidelijke en faire regelgeving aangaande financiering van de zorg. De volgende voorstellen worden gedaan.

A. Voorstel 1: voldoende ruimte voor beheersverantwoordelijkheid en goed bestuur

In het huidige systeem zijn de ziekenhuizen financieel verantwoordelijk, maar het bedrijfsresultaat is in belangrijke mate het gevolg van overheidsgedrag. Dit is een omgevingsfactor, een beheersvreemde oorzaak, waarop het management geen invloed kan uitoefenen.

Er wordt voorgesteld die financiële verantwoordelijkheid ook een meer “economische invulling” te geven door ziekenhuizen meer vrijheid te laten bij het bepalen van hun activiteiten. Dit betekent dat er, meer dan in de huidige situatie, een oorzakelijk verband zal bestaan tussen de beheersbeslissingen en het bedrijfsresultaat, en dat het management het financieel risico samenhangend met hun beleidsbeslissingen draagt.

B. Voorstel 2: voldoende financieringsmiddelen: van COST-MIN naar COST-PLUS prijszetting

De overheid past een methode van prijszetting onder de kostprijs van de zorg toe! Een samenleving kan echter maar eisen dat de ziekenhuizen financieel verantwoordelijk zijn indien ze over voldoende middelen beschikken om hun werking te financieren. Het budget moet volstaan om de continuïteit van de zorgverlening te garanderen. In principe moet een ziekenhuis dus alle vervangingskosten van zijn activiteit kunnen dekken met dit budget, dus zowel de werkingskosten, de bouwkosten als de investeringen in nieuwe apparatuur.

Dit vereist dat er een einde komt aan de structurele onderfinanciering en dat er één prijs bepaald wordt voor elk product uit de zorg, rekening houdend met bijvoorbeeld de zorgzwaarte. Deze prijs houdt een marge in die in een cost-plus systeem leidt tot middelen voor vervanging of voor andere nuttige besteding in het kader van betere zorg.

Het gevolg van dit systeem is dat het spanningsveld met de artsen verdwijnt op het vlak van financiering omdat de voorziene “prijs” voldoende is. Niets weerhoudt artsen in dergelijk systeem nog additioneel bij te dragen, maar hun bijdrage is niet noodzakelijk om te overleven.

Een voorwaarde voor dit systeem is dat men de bedrijfseconomische kost kan berekenen van de zorg. Belangrijk is de aanvaarding van het principe dat een faire, billijke financiering maar mogelijk is indien deze kosten als basis genomen worden voor een nieuwe financiering.

Daarbij wordt niet gepleit om alle historische kosten terug te betalen (dit zou een prikkel geven tot onefficiënte aanwending van de middelen) maar wel dat er een soort standaardprijs betaald wordt op basis van een standaardkost voor standaardzorg, rekening houdend met zorgzwaarte.

C. Voorstel 3: één “all-in” prijs voor één zorgproduct

De ziekenhuizen worden gefinancierd op basis van hun activiteiten-groepen. Een activiteitengroep is gerelateerd aan een bepaalde diagnose en omvat alle deeltaken (dus zowel verpleegkundige zorg, maaltijden, bloedtesten, radiografieën, consultaties, operaties) die nodig geacht worden voor de “standaardzorg” voor een diagnose. Voor elke activiteitengroep wordt er een vast bedrag beschikbaar gesteld, dat identiek is voor alle ziekenhuizen, onafhankelijk van het werkelijk aantal deeltaken, bijvoorbeeld het aantal bloedafnames dat werd uitgevoerd. De omvang van het all-in budget is gekend in elk ziekenhuis. Dit mag niet voortdurend en onverwacht aangepast worden omwille van de behoefte aan lange termijnplanning en de continuïteit van de zorgverlening. Voor sommige van de hier vermelde voorstellen wordt verwezen naar Evers, Kempeneers, Kesteloot, Van der Wee, Van Herck, Vankersschaever, Waterbley (1993).

D. Voorstel 4: een “open-ended” budget

Het voorstel omvat een systeem van output-budgetfinanciering. Per eenheid “output” krijgt een ziekenhuis een bedrag ter beschikking gesteld. Dit brengt met zich mee dat op macro-economisch vlak het budget voor de financiering van de ziekenhuiszorg “open-ended” is. Als de ziekenhuizen meer zorg leveren moet er een groter budget beschikbaar komen.

Met een dergelijk systeem hoeven er zich geen zware problemen van groeiende uitgaven voor te doen. De mogelijkheid tot overproductie is immers beperkter op het vlak van “activiteitengroepen” dan van de huidige acten. Het aantal bevallingen is vanzelfsprekend minder vatbaar voor manipulatie dan het aantal bloedafnames enz. Voorts kan de uitgavengroei ook beperkt worden door de budgetten per activiteitengroep voldoende precies te bepalen.

Het is duidelijk dat het voorstel van een open-ended budget moet samengaan met het vorige voorstel van een “all-in” prijs.

E. Voorstel 5: nood aan een éénheidstatuut voor ziekenhuizen

Uit een bevraging van algemeen directeurs van Vlaamse ziekenhuizen in 2000 bleek dat 97% van de private algemene ziekenhuizen en 86% van de openbare ziekenhuizen voorstanders zijn van dezelfde juridische vorm.

Eerlijke concurrentie onderstelt onder meer dat privé en openbare ziekenhuizen dezelfde middelen krijgen indien ze dezelfde zorg aanbieden, onderhevig zijn aan dezelfde regelgeving en op een even dynamische wijze kunnen beheerd worden. (Van Herck en Vleugels (2002)).

Om dit te realiseren zou het personeelsstatuut hetzelfde moeten zijn en is dezelfde vrijheid van belonen en omgaan met competenties nodig. Er mag geen verschil zijn qua toegankelijkheid. Samenwerking moet op identieke wijze kunnen onafgezien het statuut. Elk ziekenhuis moet een rechtspersoonlijkheid hebben en dezelfde financiële verantwoordelijkheid vereist dat de deficietregeling wordt afgeschaft.

De invoering van dezelfde “all-in” prijs onderstelt dit eenheidsstatuut.

V. BESLUIT

Ziekenhuizen staan voor grote uitdagingen. Er is een toegenomen zorgvraag, de complexiteit van de behandelingen neemt toe, er is een noodzaak aan subspecialisatie, de juridisering neemt toe, er zijn de ethische vragen, er is een nieuw type patiënt en daartegenover staat de budgettaire druk en de opgave om gemotiveerde medewerkers aan te trekken.

Om deze uitdagingen het hoofd te bieden wordt de traditionele ziekenhuisorganisatie hertekend. In de organisatie moet de patiënt centraal staan en worden structuren ontworpen rond patiëntenprogramma's. Op vlak van deugdelijk bestuur wordt er gestreefd om de kwaliteit van de besluitvorming te verhogen, de betrokkenheid van alle medewerkers te realiseren, de verantwoordelijkheden duidelijk af te lijnen en te zorgen voor voldoende maatschappelijke legitimatie. Een derde antwoord op de uitdagingen is het streven naar een netwerk van zorgvoorzieningen.

De overheid mag verwachten dat ziekenhuizen de gezondheidsdoelstellingen helpen realiseren. Ziekenhuizen slagen daar behoorlijk

in ondanks de problemen waarmee ze te maken krijgen als gevolg van de regelgeving. Toegepast op ziekenhuisfinanciering zijn deze knelpunten de duale financiering, het probleem van structurele onderfinanciering, het gebrek aan heldere overheidsdoelstellingen, een niet transparante regelgeving, en tenslotte het gebrek aan gelijke behandeling. Deze moeilijkheden maken goed bestuur van een ziekenhuis quasi onmogelijk. De overheid kleeft blijkbaar het “arenamodel” aan en laat de problemen van onder meer budgetbeperking lokaal tussen de actoren uitvechten.

Verwijzend naar het nieuwe ziekenhuisfinancieringssysteem dat sinds 1 juli 2002 van kracht is wordt er daarom gepleit om tabula rasa te maken. Goed ziekenhuisbestuur om goede zorg te leveren eist een faire regelgeving aangaande de financiering van de zorg.

Krachtlijnen voor een dergelijke nieuwe regelgeving zijn dat er voldoende ruimte voor beheersverantwoordelijkheid is, dat er voldoende financieringsmiddelen zijn en dat een all-in prijs wordt bepaald op cost-plus basis in plaats van cost-min. Hiertoe moet een eenheidsstatuut voor ziekenhuizen worden bepaald, en macro economisch worden overgeschakeld naar een open-ended budget. Dergelijke regelgeving zal bijdragen tot meer deugdelijk bestuur van ziekenhuizen omdat dan de arena verlaten kan worden om nog meer aandacht te geven aan de patiënt.

REFERENTIES

- Degadt, P. en Van Herck, G., 2002, De nieuwe ziekenhuisfinanciering: toetsing aan principes van goed beheer, onderzoeksrapport (Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap), 10.
- Evers, G., Kempeneers, N., Kesteloot, K., Van der Wee, W., Van Herck, G., Vankerschaver, P. en Waterbley, P., 1993, Krachtlijnen voor een alternatief financieringssysteem voor algemene ziekenhuizen, *Acta Hospitalia*, 1, 52-61.
- Van Herck, G., 2000, De beheersovereenkomst als sluitsteen van het governance-model, *Acta Hospitalia*, 2, 35-47.
- Van Herck, G. en Vleugels, A., 2002, Naar een eenheidsstatuut voor private en openbare ziekenhuizen, interne nota, (KULeuven).
- Van Hulle, C., Eeckloo, K., Van Herck, G. en Vleugels A., 2000, Voorstel van governance-model voor ziekenhuizen, *Acta Hospitalia*, 2, 7-25.

International Conference, April 10 and 11, 2003

Tinbergenweek 2003

Erasmus Universiteit Rotterdam



On the Wealth of Nations

Extending the Tinbergen heritage

Feature of the conference

On April 12, 2003, it is a 100 years ago that Jan Tinbergen, first Nobel Laureate in Economics, was born. Erasmus University Rotterdam celebrates this event with a conference, featuring the connection between economic science and policy. There are three major themes:

- The dynamics of business cycles and the relevance of economic policy
- Policy effectiveness in economic growth, education, income distribution, and the labour market
- Globalisation and poverty

Invited speakers: Chris Sims (Princeton University), James Heckman (University of Chicago), James Stock (Harvard University), Dale Jorgensen (Harvard University), Richard Blundell (University College London), Robert Shimer (Princeton University), Fabio Canova (University of Pompeu Fabra), Danny Quah (London School of Economics), Adrian Pagan (Oxford University and University of New South Wales), Roland Benabou (Princeton University) and Daron Acemoglu (MIT) and T.N. Srinivasan (Yale University).

Registration

Register online at www.tinbergenweek.org or return the registration form by fax (+31.(0)70 383 3051), using the registration form from the website.

Conference secretariat

For more information concerning registration, please contact the conference secretariat:

CMS Europe
De Silvestraat 218
2593 VD The Hague
The Netherlands
T: +31 (0)70 - 383 3032
F: +31 (0)70 - 383 3051
E: registration@tinbergenweek.org

Honorary Committee

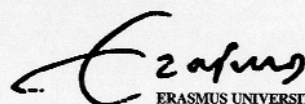
HRH Prince Claus of the Netherlands*
Prof. L.R. Klein, Nobel Laureate Wharton School
Prof. E. Malinvaud INSEE
Prof. A. Sen, Nobel Laureate Cambridge University
Prof. D. Jorgenson Harvard University
Dr. R.E.M. Lubbers UN-HCR
Prof. J.K. Galbraith Harvard University
Dr. W. Duisenberg European Central Bank
Dr. H. Don CPB Netherlands Bureau for Economic Policy Analysis
Dr. J.P. Pronk Special ambassador for the UN
Prof. C. Herkströter Erasmus University Rotterdam, Tinbergen Institute
Mr. I. Opstelten Mayor of the municipality of Rotterdam
Dr. H.H.F. Wijffels Social and economic council of the Netherlands
Prof. W.T.M. Molle ECORYS-NEI research and consulting
R.B.J.C. van Noort, MSc. MA Statistics Netherlands (CBS)

* Deceased October 6, 2002.

Scientific Programme Committee

Prof. H.K. van Dijk, chairman, Erasmus University Rotterdam, Econometric Institute
Prof. G. van den Berg Free University, Tinbergen Institute
Prof. A.L. Bovenberg OCFEB, Erasmus University Rotterdam, Tilburg University
Dr. D.J.C. van Dijk Erasmus University Rotterdam, Econometric Institute
Prof. J. Francois Erasmus University Rotterdam, Tinbergen Institute
Prof. P.H.B.F. Franses Erasmus University Rotterdam, Econometric Institute
Prof. J.W. Gunning Free University
Dr. B. Hoekman World Bank
Prof. C.N. Teulings Erasmus University Rotterdam, Tinbergen Institute
Dr. A. Venables London School of Economics

www.tinbergenweek.org


ERASMUS UNIVERSITEIT ROTTERDAM

